

**EP 018 PRÉMIUM CSALÁDI KASSZA IGÉNYLŐLAP
IDŐSGONDOZÁS ÉS TEMETÉSI SEGÉLY IGÉNYLÉSÉHEZ****1 PÉNZTÁRTAG ADATAI** (A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező. Kérjük, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsé ki!)

Tagi azonosító*: _____ Adóazonosító jel*: _____

Név (a személyi azonosító okmányon szereplő előnév, családi név, utónevek)*: _____

Mobiltelefonszám: _____ E-mail cím: _____

A *-gal jelölt adatok változásának jelen nyomtatványon történő bejelentése esetén kérjük, csatolja a szükséges nyomtatványokat: személyazonosító okmány (személyazonosító igazolvány, vezetői engedély, útlevél) és a lakcímkártya vagy tartózkodási engedély másolatát.

EH04 Elérhetőségeim megadásával hozzájárulok ahhoz, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elektronikus levelezési címetem és/vagy telefonszámomat a hozzájárulás visszavonásáig nyilvántartásában rögzítse, a Pénztárral és a tagsággal összefüggő ügyekben történő tájékoztatás céljából kezelje pénztári hírleveleket, visszaigazolásokat, értesítőket juttasson el részemre.

Egyben kérem, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár elsősorban a digitális államról és a digitális szolgáltatások egyes szabályairól szóló 2023. CIII. számú törvény rendelkezéseinek megfelelő elektronikus iratként küldje meg részemre a pénztári értesítőket, igazolásokat, tájékoztatókat és egyéb dokumentumokat. Tudomásul veszem, hogy az elektronikus irat kézbesítéséről szóló értesítést a pénztár az elektronikus levelezési címemre küldi meg, a dokumentumot pedig az Ügyfélportálon (portal.premiumegeszsegpenztar.hu) tekinthetem meg. Kötelezettséget vállalok arra, hogy elektronikus levelezési címem változását 5 napon belül a pénztárnak bejelentem. Tudomásul veszem, hogy az ennek elmulasztásából eredő károkért a pénztár nem tartozik felelősséggel.

 Hozzájárulok, hogy a PRÉMIUM Egészségpénztár a megadott elektronikus levelezési címetem és/ vagy telefonszámomat közvetlen üzletszerzés, online marketing megkeresések, profilalkotás, valamint kutatás, statisztika, elemzéscéljából, a hozzájárulásom visszavonásáig kezelje, és a részemre elektronikus levelezési útván gazdasági reklámot küldjön, személyre szabott egészségpénztári hirdetéseket és tájékoztatásokat jelenítsen meg, továbbá a megadott elérhetőségeimen üzletszerzési céllal megkeressen.

Tudomásul veszem, hogy:

- az adatkezelés jogalapja az önkéntes hozzájárulásom (GDPR 6. cikk (1) a) és GDPR 9. cikk. (2) a)),
- a hozzájárulás bármikor, indokolás nélkül visszavonható,
- a visszavonásig végzett adatkezelés jogszerűnek minősül.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozataim önkéntesen és megfelelő tájékoztatás birtokában tettem. Jelen hozzájáruló nyilatkozatok bármikor visszavonhatók a pénztárhoz postai úton (1426 Budapest, Pf. 512) vagy a kapcsolat@premium.hu e-mail címre küldött levél útján.

2 IGÉNYELT SZOLGÁLTATÁS

Kérjük, jelölje X-szel az igénybe venni kívánt szolgáltatást és az ahhoz tartozó blokkban adja meg a szolgáltatásra jogosult közeli hozzátartozója adatait.

Kérjük, csak azokat a szolgáltatásokat jelölje meg, melyekre – a mellékletben olvasható feltételek szerint – jogosult. Az egyes szolgáltatásokra való jogosultságot 120 napnál nem régebbi dokumentumokkal kell igazolni. Az igazoló dokumentumokat szíveskedjen az igénylőlappal együtt beküldeni Pénztárunkhoz. Kérjük, feltétlenül olvassa el és írja alá az igénylőlap mellékletét is, mely az igényléshez kapcsolódó pontos tudnivalókat tartalmazza.

 Időskori ápolás költségeit szeretném elszámolni (Nyugdíjkorhatárt már betöltött személyek idősothtoni elhelyezésének költségei finanszírozhatók.)

Igényelt szolgáltatás: idősgondozás térítése

 A szolgáltatást saját magamra vonatkozóan igénylem Házastárs Élettárs Szülő, örökbefogadó, mostoha- és nevelőszülő Nagyszülő TestvérHozzátartozó neve: _____ Hozzátartozó neme: Férfi Nő

Születési név: _____ Anyja neve: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Állandó lakcím: Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

 Elhunyt közeli hozzátartozóm temetésének költségeit szeretném elszámolni

Igényelt szolgáltatás: temetési költségek elszámolása

Hozzátartozó neve: _____ Hozzátartozó neme: Férfi Nő

Születési név: _____ Anyja neve: _____

Születési hely: _____ Születési dátum: _____

Állandó lakcím: Irányítószám: _____ Település: _____ Közterület: _____

Közterület jellege: _____ Házszám: _____ Épület: _____ Lépcsőház: _____ Emelet: _____ Ajtó: _____

3 ALÁÍRÁS

Település: _____

Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása

EP 018 PRÉMIUM CSALÁDI KASSZA IGÉNYLŐLAP MELLÉKLET

4 FONTOS TUDNIVALÓK:

Tájékoztatjuk, hogy a csatolandó dokumentum(ok)on kívül az igény elbírálásához további dokumentumot is bekérhet a pénztár.

Idősgondozás térítése

Hozzájárulás a pénztártag saját vagy bejelentett közeli hozzátartozójának idősotthonban való elhelyezésének napi vagy havi díjához.

Csatolandó dokumentum(ok)

- A pénztártag vagy közeli hozzátartozója és az idősotthon között létrejött szerződés másolata, mely tartalmazza a térítési díj összegét is.

Igényelhető összeg: A támogatás mértéke az intézményi elhelyezés tartamára az igazolt napi vagy havi díj, de legfeljebb a tárgyévi nyugdíjminimum napi vagy havi összege (2024-ben havi 28 500 Ft).

Igényelt összeg (amennyiben eltér a maximális összegtől): _____ Ft

Temetési költségek elszámolása

A pénztártag igényelheti bejelentett közeli hozzátartozója halála esetén.

Csatolandó dokumentum(ok)

- Közeli hozzátartozó halotti anyakönyvi kivonatának másolata.
- A temetési költségekről szóló, pénztártag nevére kiállított számlák.

Igénylési határidő: szolgáltatás a bejelentett közeli hozzátartozó halálát követő 120 napon belül igényelhető.

Igényelhető összeg: A temetés számlával igazolt költségeit a Pénztár – a rendelkezésre álló egyenleg erejéig – megtéríti a pénztártag részére. A támogatás mértéke: a számlával igazolt költségek összege.

5 ALÁÍRÁS

Település: _____ Dátum: _____

Pénztártag saját kezű aláírása